

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 62

LA
VACCINATION PRÉOPÉRATOIRE
EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

Paul DASTE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MARSAN (Gers), le 1^{er} décembre 1904.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur.....	{ Juges. •
		JEANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 62

LA
VACCINATION PRÉOPÉRATOIRE
EN GYNÉCOLOGIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 22 décembre 1930

PAR

Paul DASTE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MARSAN (Gers), le 1^{er} décembre 1904.

Examinateurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		JÉANNENEY, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS,
DE MON ONCLE ET DE MA TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma piété filiale et
de ma reconnaissance infinie.

A MA GRAND'MÈRE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Qui m'ont toujours témoigné une
grande affection.

A MES JEUNES SOEURS

A MA TANTE ET A MON ONCLE

A MADAME ET MONSIEUR HENRI BARTHE

Professeur au Lycée de Marseille.

Comme un hommage de respectueuse
reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES CAMARADES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ NAVALE ET DES COLONIES

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'École principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX

AU DOCTEUR JEAN VILLAR

*Ex-chef de Clinique de gynécologie,
Chirurgien des Hôpitaux.*

Pour le remercier de sa grande bien-
veillance et de ses conseils.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT,

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a inspiré notre sujet de thèse
et nous a toujours accueilli avec sa bien-
veillance coutumière.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance infinie pour son amabi-
lité, ses leçons, ses conseils.

LA

VACCINATION PRÉOPÉRATOIRE

EN GYNÉCOLOGIE

INTRODUCTION

Jean-Louis Faure affirmait : « Un jour viendra, sans aucun doute, où quelque vaccin bienfaisant saura guérir les salpingites. » Ce jour n'est certes pas encore venu. Peut-être même aucun moyen thérapeutique ne réalisera jamais rêve aussi vaste, aussi séduisant. Il semble néanmoins utile de rechercher les données susceptibles d'applications pratiques dont puissent bénéficier les malades : Tel est le cas de la vaccination préopératoire en gynécologie, procédé non encore au point, peut-être parce que d'idée trop récente, en dépit de nombreux travaux.

Il peut actuellement paraître assez étrange de parler de vaccination préopératoire avec les rigoureuses méthodes d'asepsie et d'antisepsie en honneur chez les chirurgiens, alors qu'enfin nous voyons la plupart des suites opératoires évoluer sans la moindre infection.

Certes, il faut le reconnaître, on n'a presque plus à redouter l'attaque des microbes après opération et ce n'est que très rarement qu'une suppuration locale, toujours ennuyeuse, vient retarder la cicatrisation d'une plaie.

Mais le seul danger n'est pas là : l'intervention peut aussi déclencher une série d'accidents redoutables aboutissant à la mort. On les a englobés dans ce que l'on appelle communément le « choc postopératoire », et ils ne sont autres que les manifestations d'une infection suraiguë, due, soit à des saprophytes de nos cavités naturelles, soit au réveil postopératoire d'un microbisme latent.

Ceci se présente parfois après des opérations assez simples (appendicectomie, salpingite) : des phénomènes de choc absolument terrifiants peuvent amener la mort en trente-six ou quarante-huit heures.

Mais tout n'est pas là. Combien peut apparaître séduisante une opération à froid (dans une salpingite par exemple)!

L. Bazy, qui est un des premiers promoteurs de cette méthode, rapporte le cas d'une salpingo-ovarite suppurée traitée deux fois par colpotomie. Les phénomènes inflammatoires continuant à évoluer, il profita de la fistule vaginale pour recueillir du pus et préparer un autovaccin. « Cette méthode avait pour but, dit-il, d'éviter dans mon esprit à la malade une hystérectomie faite à chaud, qui apparaissait comme nécessaire devant le résultat imparfait donné par les colpotomies successives, et de lui permettre d'attendre un moment plus propice. Et le résultat a répondu à mon attente. »

Ainsi la vaccination préopératoire, en gynécologie, doit être envisagée à trois points de vue quant à ces résultats :

1° D'abord — et ce n'est pas l'avantage le moins séduisant aux yeux du malade et de la famille, qui redoute le bistouri — éviter l'opération;

2° Si cela est impossible, supprimer les accidents de choc postopératoire, toujours très graves, qui ne sont autres que la manifestation d'une septicémie suraiguë;

3° Enfin, permettre une opération plus facile au chirurgien et donner ainsi plus de garanties au malade, pour l'avenir, par une intervention à froid.

HISTORIQUE

La vaccinothérapie a été très employée partout et depuis fort longtemps et les travaux existant à ce sujet sont considérables.

Déjà, au xvr^e siècle, les Chinois pratiquaient la variolisation. Ce procédé consiste à injecter le contenu d'une pustule variolique à un sujet pour le protéger de la maladie. Jenner, s'appuyant sur ces données, trouva la vaccination antivariolique chez l'homme : découverte purement empirique d'ailleurs, suggérée aux plus anciens observateurs par le fait d'arriver à une immunité naturelle analogue à celle succédant à certaines maladies (fièvres éruptives, par exemple). Mais en l'absence de données étiologiques certaines, le problème était tout autrement difficile à résoudre en dehors de la variolisation qui, à la rigueur, pouvait passer pour de la vaccinothérapie, et il faut en arriver à Pasteur, à ses idées sur les causes scientifiques d'infection, pour trouver une base rationnelle à cette méthode.

Déjà avant Pasteur, Galtier (Lyon, 1771) avait vacciné des herbivores contre la rage par voie digestive; déjà Toussaint (1881) avait essayé de les immuniser contre le charbon avec du sang chauffé, et Chauveau (1880) avait posé les premiers principes relatifs aux vaccins microbiens.

Mais en 1881 Pasteur en arrive à des constatations vraiment rationnelles. A propos du choléra des poules, il observe le pouvoir vaccinant par vieillissement de cultures pathogènes. La méthode, appliquée au charbon (expériences de Fouilly le Fort) et à la rage, est couronnée de succès.

Au début, dans son esprit, cette vaccination n'est que préventive, mais bien vite il déduit de ses expériences sur la rage

un effet curatif en période d'incubation. Depuis, on utilise le vaccin quand la maladie est déclarée.

Ainsi les principes généraux sont bien dus au génie de Pasteur, et depuis on s'est efforcé surtout de perfectionner les détails de technique. On a cherché à réaliser sur l'homme une immunité réelle à l'aide de vaccins plus ou moins spécifiques. La diversité des préparations de vaccins prouve assez l'intérêt du problème et la difficulté qu'il y a à le mettre en pratique.

L'idée de vaccination préopératoire remonte, peut-être, à Mikulicz; Miyavie avait employé l'acide nucléinique à 4 ou 5 p. 100 en injections intrapéritonéales. Mikulicz utilisa cette méthode leuco-activante et recueillit une quarantaine d'observations précédées d'une injection d'acide nucléinique. On crut que la vaccination préopératoire était trouvée avec l'emploi d'un vaccin actif et spécifique.

Mais, s'appuyant sur les résultats d'un millier de laparotomies, des auteurs allemands montrèrent que ces injections préventives de nucléinate de soude n'avaient pas fait diminuer la mortalité, mais qu'elles avaient comme inconvénient d'augmenter la coagulabilité du sang et de faciliter les thromboses. Cette méthode fut sans lendemain.

Il en fut de même des injections de talliamine, proposées par Gautier pour des raisons analogues.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que l'idée de vaccination préopératoire était éclos.

En 1914, Delbet, Girade, Beauvy, dans une communication à l'Académie de médecine, vantèrent les effets d'un vaccin curatif basé sur les méthodes de Pasteur. Ce vaccin eut, et a encore sa vogue dans le traitement des affections gynécologiques.

En 1917, L. Bazy, qui s'est beaucoup occupé de vaccination préopératoire, cherche à éviter les infections postopératoires en injectant un sérum antimicrobien.

En 1919, il préconise l'intradermo-réaction comme test dans la pratique de la vaccination préopératoire.

En 1923 (*Rapport du Congrès de chirurgie de Londres*) il

insiste sur ce fait que vaccins et sérums « permettent de prévenir certains accidents survenant chez les opérés et d'y porter remède ». A ce même Congrès, Wright propose la vaccination préopératoire dans les interventions sur les muqueuses (hémorroïdes, par exemple); Wilkie parle en faveur de la vaccination préopératoire, surtout dans la chirurgie du côlon. Les résultats obtenus par lui sur des malades et des animaux sont bons.

En juin 1925, L. Bazy emploie un vaccin polyvalent (streptocoque, staphylocoque, entérocoque) et il utilise les germes trouvés dans les infections abdominales et leurs complications postopératoires.

En 1925, J.-L. Faure signale une statistique de Blanco Acevedo portant sur 389 cas de vaccination préopératoire avec le vaccin de Delbet « sans décès, sans phlébite, sans embolie ».

Ces 384 cas heureux se décomposent ainsi :

- 220 hystérectomies (salpingites ou fibromes);
- 10 myomectomies;
- 114 conservatrices;
- 30 fixations utérines;
- 10 Wertheim,

avec, généralement, appendicectomie.

Dans sa thèse, inspirée par le Professeur J.-L. Faure, Mlle Raymonde Goldberg déclare à ce sujet : « Cette admirable statistique tendrait à prouver que la vaccination préopératoire enrayerait toutes les complications postopératoires que l'on a parfois à déplorer dans les services de chirurgie les mieux organisés. Les résultats sont si merveilleux qu'ils paraissent, au premier abord, invraisemblables. Peut-être ces chiffres ont-ils été réunis pendant une période aussi favorable que celle évoquée encore tout dernièrement devant nous par notre Maître, le Professeur J.-L. Faure, où, pendant six mois consécutifs, il y a deux ans, on n'eut à déplorer aucun décès dans la clinique gynécologique de l'Hôpital Broca. »

LA VACCINOTHERAPIE

But. — L'action du microbe dans l'organisme est à la fois locale et générale. La vaccinothérapie, méthode de thérapeutique rationnelle, devra donc agir à ce double point de vue :

1° Localement, neutraliser les germes dans leur foyer, les tuer même pour éviter leur extension ou leur généralisation;

2° Eviter enfin la dissémination de leurs toxines qui vont infecter l'individu.

En un mot la « vaccinothérapie, par des modifications humorales spéciales, stimule les moyens de défense spontanée de l'organisme » (Robineau).

Principe. — On sait depuis longtemps qu'un sujet atteint d'une maladie est immunisé contre une deuxième atteinte de cette même maladie. La première infection a donc déclenché des réactions de défense spécifiques, à savoir :

1° La phagocytose étudiée par Metchnikoff; les globules blancs sécrètent des substances cellulaires spéciales qui vont se fixer sur les bactéries et facilitent leur destruction en les neutralisant.

2° Il se produit aussi dans l'organisme des substances spéciales antitoxiques, qui confèrent au sérum des propriétés particulières et qui rendent le sujet réfractaire à la maladie.

Bref, c'est par une production artificielle de ces substances et par la phagocytose que la vaccinothérapie veut en arriver à l'immunité.

Mode d'action de la vaccination. — Ainsi le terme de vaccination évoque immédiatement l'idée d'immunité. Mais les avis sont partagés sur la façon dont agit le vaccin.

Rosemon, l'élève de Lambret, déclare que « cette vaccination préventive confère une immunité durable et spécifique

contre les agents les plus habituels des complications post-opératoires ».

Par contre, L. Bazy croit plutôt que la vaccination fait seulement récupérer à l'organisme les moyens de défense normaux momentanément perturbés. La vaccination préopératoire, dit-il, a beaucoup plus pour but de désensibiliser l'organisme sur lequel on va opérer et d'exciter la vigilance des défenses organiques que de créer une immunité qu'aucun procédé actuel ne me paraît capable de procurer d'une manière suffisante.

Le vaccin agit donc, d'après lui, en « désensibilisant » l'organisme et en permettant ainsi d'opérer un sujet à réactions humorales non perturbées.

L'accord est donc loin d'être parfait sur ce point.

CHOIX DU VACCIN

Les microbes que nous rencontrons dans les affections gynécologiques sont multiples : les analyses ont démontré pour les salpingites, par exemple, des gonocoques, des staphylocoques, des colibacilles, des bacilles diphtériques, de Friedlander, etc. Ils sont associés, et partant se modifient. Le plus important paraît être le colibacille qui vient de l'intestin. Le gonocoque qui joue un rôle provocateur disparaît assez vite. Si l'on a pu nier l'action immunisante des vaccins sur le gonocoque, et les arguments ne suffisent pas à le démontrer péremptoirement, et s'il est vrai que le streptocoque est réfractaire à la vaccination, par contre le staphylocoque et le colibacille sont extrêmement sensibles à ce mode de traitement. Nous pouvons faire disparaître de l'appareil génital par la vaccination le staphylocoque et le colibacille dont l'association avec les autres microbes entretient la maladie.

Il nous sera permis de conclure que ce premier résultat obtenu, et cela avec certitude, on pourra influencer le gonocoque à son tour par un phénomène analogue à celui observé dans d'autres affections. Dans l'appendicite gangréneuse, par exemple, il suffit de neutraliser l'action des microbes associés pour arrêter le processus de putréfaction. Dans les métrites et annexites, par exemple, la suppression d'un ou de plusieurs agents microbiens entraînerait la disparition du gonocoque.

Ceci posé, il semble bien, à première vue, que le vaccin idéal semblerait, par analogie avec les sérums, être le vaccin spécifique : l'autovaccin. Mais, en présence d'une flore aussi

complexe, il semble bien que les stock-vaccins soient préférables.

En effet, la préparation de l'autovaccin est souvent impossible. Par exemple, dans le traitement des salpingites, affections qui seraient justiciables de l'autovaccin parce que chroniques et interminables, et aussi parce qu'elles sont dues au gonocoque et au streptocoque (microbes polymorphes s'il en est), il est impossible, à moins de recourir à la colpotomie pour prélever le pus comme nous l'avons vu faire à L. Bazy, de faire un autovaccin, parce que le prélèvement est impossible au niveau du point malade.

Il semble donc bien que les seuls vaccins indiqués soient les stock-vaccins par leur flore polymorphe, par leur préparation facile et rapide, et aussi peut-être parce que, à côté de leur action spécifique évidente, ils donnent une action beaucoup plus générale et les phénomènes de choc qu'ils produisent ne sont pas pour nous contredire.

REACTIONS GENERALES DES VACCINS

Elles sont variables avec le vaccin employé sans doute, mais surtout avec les individus.

On peut, avec Le Moignic et Sézary, les classer en quatre catégories :

- 1° Réaction fébrile seule;
- 2° Réaction fébrile avec phénomènes toxiques légers (malaise, inappétence, insomnie);
- 3° Réaction fébrile avec phénomènes toxiques moyens (courbature, céphalée, vomissements, asthénie, etc.);
- 4° Réaction fébrile avec phénomènes toxiques graves : phénomènes ataxodynamiques, choc vaccinal de Méry-Hallé.

Comme on le verra dans nos observations, il se produit le plus souvent après injection de vaccin une réaction fébrile, assez capricieuse d'ailleurs. Tantôt elle apparaît après la 1^{re} injection, tantôt après la 3^e. Le malade éprouve souvent un état nauséux qui correspond au maximum aux troubles de la 2^e catégorie de Le Moignic et Sézary.

Parfois, enfin, nous n'avons pas de réaction.

Faut-il en conclure que le vaccin est resté sans effet ? Non, car parfois les résultats cliniques sont aussi satisfaisants chez des malades n'ayant pas eu de réactions générales que chez ceux qui en ont eu.

D'ailleurs, les opinions des auteurs sont assez divergentes à ce sujet. Y a-t-il intérêt à obtenir ou non une réaction vaccinale ?

Tandis que Nicolle et Blaizot s'efforcent d'éviter une réaction qui leur apparaît comme nuisible et dangereuse, Le Moignie et Sézary recherchent une légère réaction pour obtenir de bons effets thérapeutiques.

Quoi qu'il en soit il semble bien que lorsque l'on a une réaction après injection de vaccin, cette réaction n'est jamais dangereuse, et elle ne saurait constituer une contre-indication thérapeutique à l'égard du vaccin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

C... (H.), 22 ans, ménagère. Entrée le 13 mai 1929, salle 3.

Diagnostic : Pyosalpinx.

Cette malade entre dans le service, transférée du service de M. le Professeur Andérodias parce qu'elle souffre du ventre après un accouchement normal, le 13 avril 1929.

Elle est entrée dans le service de M. le Professeur Andérodias, le 29 mars 1929, à terme, fatiguée, souffrant de douleurs lombaires. Elle accouche normalement le 13 avril. Jusqu'au sixième jour, suites de couches normales, mais, ce jour, la malade commet l'imprudence de se lever. Le soir même, elle souffre de coliques utérines, expulse de gros caillots et perd abondamment pendant deux jours. La température s'élève et reste stationnaire aux environs de 38°5. La malade souffre de l'ovaire dans la fosse iliaque droite. On met de la glace sur le ventre, mal tolérée d'ailleurs, si bien que les douleurs ne sont pas calmées et la température reste à 38°5 et parvient même à 39°5 à deux reprises. Elle expulse quelques lochies non nauséabondes. Le toucher vaginal, pratiqué dans le service du Professeur Andérodias, décèle une tumeur inflammatoire dans la fosse iliaque droite. La malade passe dans le service de M. le Professeur Guyot.

Antécédents personnels. Réglée à 13 ans. Bien réglée depuis. Mariée à 16 ans 1/2. 4 grossesses menées à terme : à 17 ans (1 enfant mort à 17 mois de broncho-pneumonie); à 18 ans 1/2; à 19 ans.

Pertes blanches jaunâtres depuis son mariage. Vers 14 ou 15 ans,

la malade avait maigri, toussoté, s'était cachectisée. On crut à une hémoptysie.

Dans l'enfance, oreillons.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée à 54 ans d'ictus cérébral.

Le 18 juillet, on commence un traitement par le propidon :

Le 18, 0 cc. 25, pas de réaction;

Le 20, 0 cc. 75, pas de réaction;

Le 22, 1 cc., pas de réaction;

Le 25, 1 cc. 5, pas de réaction.

Le 28 juillet, température : 37°4; pouls 120.

Le 28 juillet 1929, douleur et pesanteur dans la jambe gauche. Immobilisation ouatée.

Les jours suivants, l'œdème apparaît et la douleur persiste. Puis le pouls décroît à 80, température 36°8, et tout reste normal jusqu'au 10 août, jour où la malade quitte le service.

Le 10 août, examen. Point douloureux à droite, mais toutes les masses ont complètement fondu.

Exeat le 10 août 1929. Guérison.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

J... (E.), 23 ans, sans profession. Entrée le 3 octobre 1929, salle 3.

Diagnostic : Fausse couche. Annexite.

Fausse couche de trois mois le 18 septembre 1929. Etat subfébrile : 37°8. Le soir même, dilatation à la tige de laminaire. Le 19 septembre, curage digital par le Docteur Villar à la Clinique Darnal. Ecouvillonnage iodé. Drain de Mouchotte.

Pendant trois jours, suites normales; ablation du drain à la trente-sixième heure. Apyrexie pendant trois jours.

Le 22 septembre, la température monte à 38 degrés, le 23, à 39 degrés; le 24, à 40 degrés.

Frissons nombreux, pertes fétides, bon faciès, bon pouls.

Une consultation avec M. le Professeur Guyot met en évidence une annexite droite.

Traitement : Injections, glace, boissons diurétiques, sulfarsénol. Amélioration progressive, chute de la température. Abscès de fixation bien pris.

Le 2 octobre, règles reviennent à peu près normales; durée : deux jours.

Le 3 octobre, la malade entre à l'Hôpital André-Boursier.

Traitement : Glace, injections. La température se maintient aux environs de 38 degrés.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Régulée à 13 ans, d'abord tous les quinze jours, puis toutes les trois semaines pendant quatre ou cinq jours.

Entre les règles : pertes blanches.

Dernières règles : le 15 juin.

Le 2 octobre, elle a perdu un peu de sang pendant deux jours.

Mariée depuis deux ans. Une fille de 22 mois. Pas d'autres fausses couches.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Parents en bonne santé; frères et sœurs bien portants.

Le 9 octobre, incision de l'abcès artificiel : 1/2 litre de pus.

Le 10 octobre, on commence le traitement par le propidon.

Le 10, 0 cc. 25, pas de réaction sensible;

Le 13, 0 cc. 50, pas de réaction;

Le 14, 0 cc. 75, pas de réaction.

Le 18 octobre, brusque poussée thermique à 40 degrés. Rein douloureux, d'où nouvel abcès de fixation. Septicémie intramusculaire.

Le 19 octobre, la température retombe à 37°5 et s'achemine vers la normale après quelques fluctuations peu sensibles.

La malade sort guérie le 10 novembre 1929.

OBSERVATION III.

(Communiquée par le Professeur GUYOT et Jean VILLAR,
Bulletin de la Société gynécologique de Bordeaux du 8 mars 1927.)

Diagnostic : Annexite tuberculeuse.

Jeune fille de 27 ans exerçant la profession de mécanicienne. Entre à l'hôpital, le 27 septembre 1926, pour douleurs dans le bas-ventre, des pertes jaunâtres et de la fièvre à 39 degrés.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Bien réglée. Ni accouchement ni fausse couche. En somme, histoire de gonococcie aiguë.

Examen à l'entrée : Etat général fébrile (39-39°5). Douleurs abdominales intenses. Au toucher signe de pelvipéritonite aiguë grave. Utérus un peu gros et médian noyé au milieu d'un plastron inflammatoire, s'étalant en croissant des deux côtés vers les fosses iliaques, dur, fixé et horriblement douloureux (polynucléose 70 p. 100; leucocytes : 13.000).

Traitement par repos; injections vaginales au permanganate de potasse; glace sur le ventre.

Une série d'ampoules de vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur (1 cc. tous les jours) est instituée. Les douleurs cèdent aussitôt. La température tombe de 1 degré. Elle remonte aussitôt et très nettement à la cessation des piqûres.

On fait alors une nouvelle série de 20 piqûres, qui stabilisent la température aux environs de 37°5.

Si l'action sur la température, les douleurs, l'état général (qui remonte peu à peu) fut manifeste, l'état local lui n'évolua que très lentement. Le 19 novembre, après deux mois, on trouve encore un utérus bloqué et fondu avec une masse irrégulière, surtout du côté gauche, encore douloureuse au toucher et à tout essai de mobilisation.

Le 25 janvier 1927 (quatre mois), amélioration notable, utérus individualisé; deux pyosalpinx dans les culs-de-sac latéraux.

Le 20 février 1927 (cinq mois), on trouve un utérus un peu mobile et deux masses latérales fixes.

Les règles étant toujours survenues normalement, la température oscille entre 36°8 et 37°6. On décide l'intervention.

Intervention le 27 février 1927 : La laparotomie est pratiquée par M. le Professeur J. Guyot, aidé du Docteur Jean Villar, chef de clinique.

On se trouve en présence de deux annexes volumineuses, la gauche suppurée. De nombreuses adhérences intestinales très serrées existent de ce côté. L'anse sigmoïde est ouverte et suturée. Deux anses grêles sont également adhérentes au pyosalpinx et coudées elles-mêmes, préparant une occlusion intestinale : on les libère péniblement. En présence de ces lésions, on se trouve obligé de pratiquer une hystérectomie un peu difficile. Fermeture au ventre sur un drain abdominal.

Suites opératoires normales. Guérison après une fistulette de la paroi.

Examen de la pièce : L'examen direct de pus prélevé aseptiquement ne donna rien. Par contre, l'examen anatomo-pathologique des trompes montra, au milieu de lésions inflammatoires, une bacillose très nette.

En particulier, la trompe gauche était bourrée de cellules géantes. Il s'agissait donc d'une annexite tuberculeuse réchauffée.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

G... (A.), domestique, 27 ans. Entrée le 7 mai 1927, salle G.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs vers le bas-ventre et des pertes jaunâtres datant de trois mois et paraissant dans l'intervalle des règles. Troubles urinaires qui consistent dans des douleurs et écoulements de sang après chaque miction. Elle est hospitalisée au service spécial du Tondu pendant vingt-deux jours. Comme traitement, instillation au nitrate d'argent, injections au permanganate de potasse.

Dès le début de son affection, elle se voit réglée tous les quinze à vingt jours. Règles très abondantes durant de 10 à 12 jours.

Antécédents héréditaires. — Mère hystérectomisée à 50 ans; la malade ne sait pourquoi. Père bien portant. Trois sœurs et un frère morts en bas âge de bronchites.

Autécédents personnels. — Rhumatisme articulaire. Elle garde le lit trois mois. Bronchite il y a six ans. Elle est restée alitée deux mois. Depuis, elle se plaint de temps en temps de toux. Il y a deux ans et demi, adénite soignée à Saint-André par ponction. Durée un an.

Réglée à 12 ans tous les mois. Règles peu douloureuses au début, abondantes et durant six jours.

Les dernières règles ont été abondantes avec de gros caillots et ont duré huit jours. La malade a gardé le lit quinze jours. Température. Pas de glace sur le ventre.

Actuellement, elle se plaint de pertes jaunâtres abondantes et de douleurs vagues vers le bas-ventre s'irradiant aux cuisses. Douleurs à la miction.

A l'examen : Ventre souple normal. Pas de point douloureux.

Examen par le Professeur Guyot, le 10 mai 1927 : Vulve normale. Col de nullipare. Culs-de-sac antérieur et postérieur libres, le droit étant plus profond que le gauche. Utérus petit en antéverson. A droite, on sent l'ovaire qu'on saisit entre les doigts. A gauche, empâtement diffus. Mobilité utérine douloureuse. Pertes jaunâtres abondantes.

Traitement médical : Injections au permanganate de potasse, lavements chauds, glace sur le ventre.

Examen, le 1^{er} juin 1927, par le Professeur Guyot : Col mou, utérus gros, antéverson légère; cul-de-sac droit très profond; cul-de-sac gauche étroit, peu profond, rempli par une masse diffuse peu nette.

Diagnostic : Annexite avec pelvi-péritonite.

Examen le 9 juillet : Col allongé conique un peu mou; orifice punctiforme. Utérus un peu gros et mou. Cul-de-sac droit libre, le gauche étant très peu profond : on y sent une masse diffuse.

La malade perd assez abondamment depuis le 27 juin (ses règles avaient été normales du 13 au 22 juin, époque menstruelle).

Examen du col au spéculum le 13 juillet : Col normal, orifice punctiforme, pas d'écoulement par l'orifice cervical.

Le 12 juillet, on commence le vaccin de Bruschetti :

Le 12, injection intramusculaire de 2 cc. Le soir, température, 37°8. Pouls, 80.

Le 14, 2 cc. Le soir, température, 37°8. Pouls, 70.

Le 18, 2 cc. Le soir, température, 37°. Pouls, 80.

Le 19 juillet, on continue avec le propidon :

Le 19, Propidon sous-cutané, 0 cc. 25. Pas de réaction sensible.

Le 20, 0 cc. 50. Pas de réaction.

Le 22, 0 cc. 75. Pas de réaction.

Les métrorrhagies, qui avaient débuté le 27 juin, ont beaucoup diminué depuis le 20 juillet, et le 26 la malade ne perd plus.

On trouve à ce moment que le B.-W. est positif et on commence une série de 10 injections au biiodure de mercure le 10 août.

Opération le 1^{er} septembre 1927 (Opérateur, Docteur Villar, aidé du Docteur Magnant) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Malade très vasculaire; on trouve des adhérences vélamenteuses et vascularisées au niveau des deux annexes qui sont adhérentes. L'annexe gauche, dont souffre la malade, est réséquée. Trois ligatures et enfouissement.

Les annexes du côté droit sont libérées. Deux ligatures sur les adhérences. L'appendice est gros et congestionné. Ecrasement. Section au thermocautère. Enfouissement au fil de lin. Drain n° 10 dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans. Trois fils métalliques extra-péritonéaux.

Suites opératoires : Le dixième jour, on enlève le bourrelet. Au quinzième jour, on enlève les points. Fermeture *per primam*. Elle se plaint de souffrir en urinant.

2 janvier : A la suite de l'intervention, la malade continue à souffrir régulièrement de son côté gauche.

De plus, elle a souffert d'une métrite du corps soignée par M^{lle} le Docteur Dubreuilh par des pansements au nitrate d'argent. Amélioration.

9 janvier : Examen radioscopique (M. le Docteur Vergez). Rien d'anormal à l'examen dans la position horizontale. On aperçoit un espace clair sans bismuth qui disparaît dans la position horizon-

taie. Ce point douloureux à l'examen ne correspond pas avec le point douloureux décrit par la malade qui le place dans l'S iliaque qui semble très normale.

On ne note donc aucune gêne du transit intestinal.

Au toucher : Col métritique; utérus normal antéfléchi, légèrement attiré à gauche; cicatrice du pédicule gauche très légèrement douloureux, mais en bon état.

Transéat à Pellegrin le 12 janvier 1928.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

S... (H.), 20 ans. Entrée le 22 juin 1927, salle E.

Diagnostic : Pyosalpinx.

Entre à l'hôpital parce qu'elle perd et souffre du ventre.

Rien à signaler dans les antécédents.

Réglée à 11 ans, mariée à 15 ans. Neuf mois après, un enfant qu'elle nourrit cinq mois.

La malade, très bien réglée depuis son accouchement, a eu, il y a quatre ans, un arrêt de règles de trois mois. Fausse couche il y a un mois et demi. A la suite, pertes durant quinze jours. Se lève aussitôt après.

La malade avait des pertes blanches depuis son mariage, mais surtout depuis son dernier accouchement. Elle rentre à l'hôpital en raison de douleurs survenues, depuis quinze jours, à droite dans le bas-ventre et de ses pertes.

Pas de température. Ne s'est pas immobilisée. Traitement spécifique, injections et chaise longue. Pas de troubles urinaires. Va à la selle tous les jours.

Examen le 22 juin 1927. Bon état général, amaigrissement.

Appareil génital : Périnée en bon état;

Sein : colostrum.

Toucher vaginal : Col entr'ouvert; utérus un peu gros et douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur, masse douloureuse faisant

une saillie notable. Consistance rénitente. Annexe droite non perceptible. Cul-de-sac gauche libre non douloureux.

Autres appareils : Rien à signaler.

Examen le 23 juin 1927 (Professeur Guyot):

Palpation : Ventre souple mais légèrement tendu à droite. Sensibilité à ce niveau. Col abaissé à deux doigts de la vulve largement entr'ouvert.

Cul-de-sac antérieur profond, entièrement libre.

Cul-de-sac postérieur : On sent l'utérus en rétroversion, un peu mou et un peu gros.

Cul-de-sac gauche profond, un peu douloureux.

Cul-de-sac droit : Refoulé par une masse latérale de consistance kystique.

Mobilité utérine conservée non douloureuse. En essayant de relever l'utérus, on sent une résistance et on provoque un peu de douleur.

Tension artérielle : Mx, 15; Mn, 6; I, 2 1/2.

Le 30 juillet, on commence le traitement par le propidon.

Le 30 juin, injection sous-cutanée de 0 cc. 25. Pas de réaction.

Le 1^{er} juillet, 0 cc. 75. Pas de réaction.

Le 2, 1 cc. Pas de réaction.

Le 4, 1 cc. Pas de réaction.

Examen le 2 juillet : On perçoit à droite une masse lisse, régulière, peu douloureuse, plus volumineuse qu'au dernier toucher.

Col dirigé en avant vers la symphyse. Utérus rétrofléchi, bloqué, un peu gros. Masse annexielle bilatérale, surtout marquée à droite, consistance fluctuante.

Intervention le 6 juillet 1927 (Professeur Guyot; aides : Docteurs Villar, Romez). Anesthésie à l'éther.

Hystérectomie totale laissant un petit moignon de col au niveau de l'insertion vaginale. On attaque par le côté gauche en libérant le gros intestin qui est très adhérent des deux côtés. On arrive ainsi à libérer une masse kystique gauche. En libérant les pyosalpiux gauche et droit, il s'écoule du pus sur un champ important de compresses. On arrive à individualiser les deux poches

et on termine par une hystérectomie totale. Ligature des pédicules. Mikulicz avec trois mèches. Drain intrapéritonéal. Fermeture de la paroi avec trois fils métalliques extrapéritonéaux. Drain et mèche vaginale. Sonde vésicale.

Le 10 juillet 1927 : A la suite de l'opération dans les premières quarante-huit heures, la malade a été fatiguée. Facies tiré; pouls rapide; vomissements abondants. On lui fait deux lavages d'estomac et des injections de sérum. Amélioration considérable.

Actuellement, état général bon; température tombée à 37°6; pouls 90. Sommeil naturel. On a enlevé deux mèches de Mikulicz.

Le 23 juillet 1927 : Malade en très bon état. Plaie profonde malgré tout. On met un drain plus petit enfoncé un peu moins.

Le 26 juillet 1927 : On enlève le bourrelet et le drain. Très bon état de la plaie.

La malade quitte le service le 11 août ayant encore un petit bourgeon à la partie inférieure de sa cicatrice. Toucher vaginal : Rien à signaler.

Examen de laboratoire le 6 juillet 1927 :

1° Liquide provenant d'un pyosalpinx. Leucocytes en cytolyse marquée. Absence de microbes à l'examen direct. Cultures négatives.

2° Absès de l'ovaire : Parois d'absès banal sans signes d'inflammation spécifique.

Le 29 juillet : Hémoculture; absence de germes pathogènes (examen direct et repiquage). Staphylocoque blanc que l'on peut considérer comme une souillure au cours des manœuvres d'ensemencement.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

L... (G.), 29 ans, jardinière. Entrée le 5 décembre 1927, salle 3.
Diagnostic : Pyosalpinx double.

La malade entre à l'hôpital envoyée par le Docteur Paris pour être opérée d'un pyosalpinx.

Depuis huit ans environ, elle perd en jaune; ces pertes sont plus

abondantes le soir après la fatigue de la journée et aussi au moment des règles. Peu à peu, ces pertes se sont accompagnées de douleurs sourdes dans le bas-ventre, calmées par le repos.

Le Docteur Dax diagnostique une métrite, conseille l'usage d'injections et le port d'une sangle abdominale. La malade se sent soulagée.

Il y a trois semaines environ, elle est prise, vers midi, de douleurs très aiguës dans le bas-ventre avec brûlures et coliques utérines supportées debout jusqu'à 4 heures. A ce moment, elle se couche.

La nuit, exacerbation des douleurs qui paraissent être à type intestinal et s'accompagnent de 2 ou 3 vomissements glaireux et d'une abondante débâcle de gaz par l'anus.

Le lendemain, le Docteur Dax diagnostique une crise d'appendicite, prescrit le repos absolu et la glace sur le ventre.

Deux jours après, nouvelle poussée sans vomissements. La glace est gardée cinq jours et soulage beaucoup la malade. Les lésions paraissent refroidies (annexite ou appendicite?).

Le Docteur Paris consulté envoie la malade dans le service du Professeur Guyot, hôpital André Boursier, pour une intervention, le 5 décembre 1927.

Antécédents héréditaires. — Père et mère âgés de 70 ans, bien portants.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Réglée à 13 ans. Règles abondantes durant huit jours, mais très régulières et non douloureuses.

A 20 ans, diphtérie. La malade est restée au lit trois semaines. Guérison complète.

Mariée à 21 ans. Aussitôt enceinte. Première grossesse à terme. Accouchement normal d'un enfant bien constitué, actuellement âgé de 8 ans, et bien portant.

Il y a deux ans, à plusieurs reprises, elle a présenté de petits abcès des amygdales, abcès qui, chaque fois, ont été incisés.

Examen le 10 décembre 1927 : La malade présente un peu de

température surtout le soir; son état général est assez fatigué et elle souffre un peu du bas-ventre.

Opération le 12 décembre 1927 (Docteur J. Villar): Colpotomie postérieure. Incision vaginale en arrière du col, transversale et empiétant un peu sur le cul-de-sac latéral droit où on a senti tomber la collection. Une pince courbe effondre la poche; il s'écoule un flot de pus. Drain en croix. On prélève du pus à la pipette.

Résultat : Colibacille. Pus épais, crémeux et non fétide.

Le 20 décembre, on commence un traitement par l'autovaccin.

Le 20, 0 cc. 25 sous-cutané;

Le 23, 0 cc. 50;

Le 26, 0 cc. 75.

Pas de réaction sensible.

Examen le 11 janvier 1928 : Uterus pas très augmenté de volume avec col légèrement entr'ouvert et dur. Grosse masse annexielle droite du volume du poing, peu douloureuse, un peu mobile. Les annexes gauches sont beaucoup moins volumineuses; on sent à peine un petit ovaire kystique à gauche.

En somme, lésions surtout à droite à peu près refroidies. Depuis la colpotomie, la température est demeurée normale à 37 degrés. On décide l'intervention.

Opération le 14 janvier 1928 : Opérateur, Professeur Guyot; premier aide, Docteur Jean Villar. Hystérectomie pour pyosalpinx double, le plus volumineux et le plus adhérent à droite. Torsion d'un pyosalpinx gauche. Appendice volumineux et adhérent.

Dès le ventre ouvert, on aperçoit un gros pyosalpinx droit en forme de cornemuse. On protège très soigneusement le péritoine par plusieurs champs de compresses. On attaque par le côté gauche où on a des accès sur les pédicules. On sectionne le col en faisant une hystérectomie de gauche à droite, suivant le procédé américain.

Après section du col et ligature de l'utérine droite, on décolle du doigt le pyosalpinx droit très adhérent, et, en soulevant les annexes après décollement, on trouve un énorme appendice gros et court et intimement adhérent à la trompe droite. Section du

méso. Appendicectomie avec enfouissement, l'appendice étant laissé adhérent à la trompe malade. Trois points de suture séparés sur le col. Hémostase soigneuse avec double ligature des utérines et des gros pédicules.

Péritonisation des deux côtés en bourse. On termine par un Mikulicz à deux mèches (on change de gants et on suture la paroi en trois plans avec quatre fils métalliques). Bonne anesthésie. Bonne opération sans incident. Au cours du décollement des annexes, on n'a pas eu de pus.

Suites opératoires : opération bien supportée.

Le lendemain 15 janvier, pouls, 110; température, 38°2.

19 janvier : Suppression glace; ablation des 2 mèches. Température, 38 degrés; pouls, 94.

21 janvier : Température 37 degrés. Malade un peu fatiguée, mais état général satisfaisant.

26 janvier : Ablation d'une partie des sacs et des fils de bronze.

Examen hématologique montre de l'anémie. 3.320.000 globules rouges.

30 janvier : Ablation du sac, du drain, des crins de Florence. Température, 38 degrés. Hématome de la paroi au niveau d'un point. Glace sur le ventre.

2 février : Suppression de la glace.

Examen le 20 février : Paroi en bon état; plaie ne suppure plus. La malade reste dans le service pour faiblesse de l'état général et anémie.

Ventre souple, non douloureux à la palpation. Pas de poussées thermiques. Un peu de constipation traitée par un lavement glycéринé tous les quatre jours.

Exeat le 7 mars 1928. Bon état général et local.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

B... (M.), 44 ans, ménagère. Entrée le 15 octobre 1928, salle 3.
Diagnostic : Pyosalpinx.

Est envoyée à l'hôpital par le Docteur Lhoste pour prévenir une fausse couche probable.

Histoire de la maladie : Il y a environ un mois et demi, c'est-à-dire au début d'octobre, la malade ressentit une douleur violente dans le bas-ventre, alors que les jours suivants elle était en bonne santé. Pas de vomissements, mais diarrhée avec coliques. En outre, température.

Cette douleur persistant, la malade entre à l'hôpital.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père en bonne santé; mère morte d'un cancer de l'utérus; deux sœurs en bonne santé; un frère tué à l'ennemi.

Antécédents personnels : Pas de maladie dans le jeune âge.

Régée à 16 ans 1/2, règles régulières et indolores dès le début. Puis, au bout de trois ou quatre ans, elles deviennent irrégulières (retard), affaiblissant la malade. Durée, quatre jours.

Mariée à 30 ans. Deux enfants vivants. Une fausse couche au quatrième mois. Accouchements faciles. Lever dès le douzième jour. Les deux enfants nourris au biberon, la malade n'ayant pas de lait, sont en bonne santé.

Examen physique : Rien à l'inspection.

Palpation : Légère contracture de toute la paroi avec une zone tout à fait nette dans la région annexielle gauche mate, la percussion est douloureuse.

Le repos, la glace et la vaccinothérapie ont amélioré très rapidement la malade.

Le 27, vaccin antigonococcique, 1 cc. Pas de réaction;

Le 8 novembre, 1 cc. Température monte à 37°4;

Le 14, 1 cc. Pas de réaction.

A partir de ce moment, la température se maintient à la normale jusqu'au 17 décembre, jour de l'opération.

Toucher : Petit col dur entr'ouvert, mobile; Culs-de-sac libres non douloureux; Corps petit en antéflexion.

Dernières règles normales le 15 septembre.

Le 9 octobre, a perdu très peu.

Le 9 novembre, rien.

Opération : Hystérectomie subtotalé pour pyosalpinx. Dès le ven-

tre ouvert, la malade pousse et on est obligé de la resouder; vessie distendue par l'urine. On aperçoit de nombreuses adhérences grêles gauches au niveau des annexes. L'utérus petit s'extériorise difficilement.

Décollement des annexes sous l'aspiration. Pas de pus au moment du décollement. Sur le côté droit, zone de décollement qui saigne. Hémorragie cessant par compression. On atteint les ligaments des deux côtés, on pince les deux utérines et on sectionne le col. Cautérisation de la cavité au thermo. Hémostase de tous les pédicules et on termine l'opération par un Mikulicz à 4 mèches. On ferme (drain non perforé) en dehors du sac, suture de la paroi en trois plans. 4 fils métalliques extrapéritonéaux.

Opération difficile. Malade dormant mal et saignant beaucoup. A la fin de l'opération, on détruit entre deux pinces plusieurs adhérences intestinales grêles susceptibles de produire plus tard de l'obstruction.

Suites normales. Malade transatée le 24 janvier 1929 à Pellegrin (convalescents).

OBSERVATION VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

D... (M.), 23 ans, femme de chambre. Entrée le 21 novembre 1928. Salle 4.

Diagnostic : Pelvipéritonite avec annexite double.

Envoyée à l'hôpital André Boursier par M. le Docteur Broustet pour douleurs dans le bas-ventre.

Histoire de la malade : En avril 1928, la malade a eu une salpingo-ovarite soignée par M. le Docteur Lacouture.

En octobre 1928, fausse couche. Curetage de M. le Docteur Lafond. Elle reste dix-sept jours à Pellegrin (service de M. le Docteur Pery) où elle a présenté de la température pendant quatre ou cinq jours seulement. Au moment où elle sort de l'hôpital, les douleurs persistent dans le bas-ventre.

A partir de ce moment, c'est-à-dire depuis un mois, des pertes jaunâtres se substituent aux pertes blanches qu'elle présentait.

Ces pertes sont fétides et tachent le linge. Elles durent jusqu'à ses dernières règles qui surviennent le 15 novembre. Elles sont douloureuses, l'obligent à s'aliter, sont un peu raccourcies.

Depuis la sortie de Canolle, elle présente des douleurs incessantes à siège initial péri-ombilical avec irradiations dans la partie supérieure de l'abdomen et vers la racine des cuisses. Ces douleurs s'accroissent dès la fin de ses règles, c'est-à-dire le 20 novembre, celle-ci remarquables par leur abondance les deux derniers jours. Alors qu'auparavant elle les compare à une sensation de torsion, elles ressemblent actuellement à des brûlures violentes; même siège, mêmes irradiations.

C'est le caractère nouveau de ces douleurs et leur intensité qui obligent la malade à entrer à l'hôpital le 21 novembre 1928.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé; un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole et grippe dans le jeune âge.

Réglée à 13 ans, assez mal. Règles très douloureuses obligeant la malade à s'aliter durant huit jours, survenant irrégulièrement, quelquefois avec retard, d'autres fois disparaissant complètement pendant deux mois. D'autres fois, elle perd une semaine, arrêt quinze jours, pour recommencer à perdre la troisième semaine.

Cystite en mars 1928. Polyakiurie. Brûlures. Douleurs lombaires.

Examen le 22 novembre 1928 : Etat général assez bon, yeux excavés, langue sale.

Abdomen : Rien à l'inspection. A la palpation, ventre extrêmement douloureux. On arrive à déterminer une contracture marquée classique en aile de papillon.

Le toucher, très difficile, montre un col mou; culs-de-sac douloureux.

Le 22, on met de la glace sur le ventre et on commence un traitement par le propidon:

La température est alors à 38 degrés. Pouls, 100.

Le 22, 0 cc. 25. Pas de réaction.

Le 23, 0 cc. 50. Température, 37°8; pouls, 90.

Le 25, 0 cc. 75. Pas de réaction

Le 28, 1 cc. Température, 38°6; pouls, 84.

Le 1^{er} décembre 1 cc. Température, 38° le soir; pouls, 72

Le 4, 1 cc. Pas de réaction.

Le 7, 2 cc. Température, 37°8 le soir, pouls, 68.

Le 10, 2 cc. Température, 38°2 le soir; pouls, 78.

Le 14, 2 cc. Pas de réaction.

Le 17, 2 cc. Pas de réaction.

Le 20, 2 cc. Pas de réaction.

Le 23, règles.

Le 25, 2 cc. Pas de réaction.

On arrête les injections le 25. A partir de ce moment la température et le pouls se maintiennent normaux jusqu'au 29 janvier 1929, jour de l'opération.

Examen le 19 décembre : Toucher vaginal (Professeur Guyot). Le côté droit est bien dégagé. Il reste à gauche une masse demandant encore des soins médicaux.

Le 21 janvier (Professeur Guyot), toucher douloureux.

Examen difficile. Utérus douloureux gros, paraissant un peu mobile.

Le 29 janvier 1929, intervention (Docteurs Villar, Mailhe).

Dès le ventre ouvert, la malade pousse, on est obligé d'attendre. On trouve une volumineuse annexe gauche collée contre la paroi du petit bassin. En fait, du côté droit, il existe aussi des lésions annexielles et l'on procède à l'hystérectomie subtotale.

Hémostase des divers pédicules, cautérisation du col. Deux ligatures sur les utéro-ovariennes. Enfouissement isolé du pédicule utéro-ovarien gauche. Très bonne péritonisation. Appendicectomie complémentaire pour appendice long rouge rétrocaecal. Ecrasement. Section. Iodisation des moignons; enfouissement au fil de lin.

Fermeture de la paroi en trois plans. 4 fils métalliques rétopéritonéaux sur un bourrelet. Drain n° 8.

Anesthésie difficile. Légère apnée au début nécessitant la respiration artificielle.

4 février 1929 : Suites normales.

21 février 192 : La malade sort en très bon état.

OBSERVATION IX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

P... (Y.), 25 ans. Entrée le 22 juin 1929, salle 3.

Entre à l'hôpital, sur les conseils du Docteur Villar, parce qu'elle perd du sang.

Diagnostic : Annexite double avec pyosalpinx gauche.

La malade a eu ses dernières règles en avril, pas en mai. Elle a commencé à perdre du sang le 5 juin (sang rouge; pas de caillots; pas de douleurs).

Le 10, hémorragie abondante de sang rouge qui l'oblige à s'aliter. Le lendemain, perte d'abondants caillots rouges dont l'expulsion s'accompagne de coliques. Le 17, les pertes de sang s'arrêtent ainsi que les douleurs. Mais deux jours après les hémorragies recommencent. Pas de température.

C'est alors que la malade va voir le Docteur Villar, qui lui conseille d'entrer dans le service du Professeur Guyot.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, rougeole, bronchites.

A 10 ans, pleurite, suivie pendant un certain temps au point de vue pulmonaire.

Réglée à 13 ans. Règles un peu irrégulières durant sept ou huit jours, douloureuses, s'accompagnant de vomissements.

Mariée à 18 ans.

Première grossesse à 19 ans : grossesse normale; seulement, vers le septième mois, poussée de phlébite (immobilisation vingt jours).

Accouchement à terme normal. Enfant vivante et bien portante.

Deuxième grossesse à 20 ans. Grossesse et accouchement normaux. A la suite, rein flottant. Enfant vivante. A 17 mois, encéphalite (traitée par piqûres de sulfarsénol).

Il y a un an, soignée par le Docteur Molinié pour métrite.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler, sauf rétrécissement mitral, paraissant congénital, net au point de vue clinique et auscultation.

Le 23 juin, intervention.

Après dilatation au laminaire, curage digital par le Docteur

Villar. Pas de curettage. Anesthésie au chlorure d'éthyle. Ecouvillonnage iodé. Drains de Mouchotte. Ablation des mèches et drains au bout de trente-six heures.

A noter que la malade (*abortum* provoquée) était en température subfébrile (38°) au moment de l'opération.

Suites opératoires : Accidents de périmérite gauche des plus importants. La température est montée, le quatrième jour, à 39 degrés et n'est redescendue qu'au bout d'un mois à la normale.

Traitement : Repos. Glace. Injections. Vaccination par le propidon.

Le 17 septembre, 0 cc. 23.

Le 18, température, 37°6; pouls, 94.

Le 20 septembre, 0 cc. 30.

Le 22, température, 37°2; pouls, 84.

Le 26, 0 cc. 73. Pas de réaction.

Le 30, 1 cc. Pas de réaction.

Le 4 octobre, 4 cc. Le soir, température, 38 degrés; pouls 110.

Le 7 octobre, 4 cc. dans la matinée. Frisson à 13 h. 13; température, 40 degrés; pouls, 114.

Les jours suivants, température, 37 degrés; pouls, 80.

Le 12 octobre, 4 cc. Le soir, température à 37°4; pouls, 120.

Le lendemain et les jours suivants, tout rentre dans l'ordre.

En même temps, on suit la malade par des examens répétés. La masse annexielle gauche dure fixée, douloureuse, s'améliore progressivement. Examen le 3 octobre 1929 : Col déchiré regardant en arrière, épars.

Utérus un peu gros, antéfléchi, mobile, un peu douloureux à la pression et mobilisation.

Annexes droites un peu douloureuses et du volume d'un petit œuf.

Cul-de-sac gauche large, profondément empâté. Il existe une masse large du volume d'un gros œuf, douloureuse, un peu mobile sur les parois du petit bassin.

A noter que la malade attend ses règles et souffre davantage.

Pression artérielle le 18 octobre 1929 : Mx, 13; Mn, 7; To, 1,5.

Opération le 22 octobre 1929 (M. le Professeur Guyot aidé du Docteur J. Villar, chef de clinique): Dès le ventre ouvert, on aperçoit une masse annexielle gauche, volumineuse et adhérent à l'anse sigmoïde. L'inspection des annexes du côté opposé montre qu'elles sont malades. Trompe fermée. On fait une hystérectomie subtotale par le procédé américain en allant de droite à gauche. Après suture entre ligatures de tous les ligaments du côté droit, on pince l'utérine droite en sectionnant le col au bistouri et, après section, entre deux pinces, du ligament rond gauche, on incise le péritoine antérieur en avant des vaisseaux utérins gauches, qui sont pincés de gauche à droite sous le contrôle de la vue et sectionnés entre deux pinces. Le doigt décolle alors les annexes, très adhérentes de bas en haut, et, sans ouvrir le pyosalpinx, amène sur des compresses hors du ventre l'anse sigmoïde intimement adhérente à la trompe malade.

Prudemment, sous le contrôle de la vue, on isole la trompe de l'anse sigmoïde, qui est légèrement ouverte et aussitôt enfouie par une double bourse séro-séreuse au fil de lin. On termine alors l'opération sans le moindre incident; après cautérisation du col, celui-ci est fermé, on fait l'hémostase des pédicules et l'on péritonise en réunissant le bord de l'anse sigmoïde au péritoine antérieur de droite à gauche et en excluant du grand péritoine la partie suturée du gros intestin. Malgré les lésions cardiaques, l'anesthésie à l'éther s'est faite sans incidents. Suture de la paroi à points séparés; surjet péritonéal, points séparés musculaires. Pansement au leucoplaste. Bandage de corps.

En somme opération difficile par suite de nombreuses adhérences.

Suites opératoires : Excellentes.

La malade a été revue en parfait état par M. le Docteur Jean Villar en novembre 1930.

OBSERVATION X.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

R... (H.), 23 ans, employée de magasin. Entrée le 27 juillet 1929, salle 2.

La malade entre à l'hôpital sur les conseils du Docteur Baizet,

de Talence, parce qu'elle souffrait des annexes gauches depuis une quinzaine de jours seulement. Au début, les douleurs se localisaient difficilement (au dire de la malade) et actuellement elles sont très nettes dans la partie gauche de l'abdomen. Elles ont comme caractère d'apparaître par crises et le jour seulement et donnent une sensation de brûlure intense. La malade dort bien la nuit. Ces crises l'ont obligée à garder le lit pendant deux semaines, mais le repos au lit n'a amené aucune amélioration.

Il convient de noter une fausse couche en janvier 1929. Mais les règles deviennent normales sauf les dernières qui ont duré trois semaines. Très déprimée depuis qu'elle souffre, cette jeune femme prétend avoir maigri considérablement et entre à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Toujours très anémiée; rougeole; coqueluche dans l'enfance. Réglée à 13 ans. Fausse couche à 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 55 ans, de diabète; mère bien portante.

A l'examen : utérus gros; masse annexielle droite peu considérable; gauche plus grosse adhérente et fixée au petit bassin.

Le 17 septembre : traitement par le propidon.

Le 17, 0 cc. 25. Pas de réaction sensible.

Le 21, 0 cc. 50. Température, 37°8. Pouls, 100.

Le 26, 0 cc. 75. Température, 38°2. Pouls, 108.

Opération le 1^{er} octobre 1929 (Opérateur : Docteur Villar, aidé de M. Mailhe). — Incision médiane sous-ombilicale. Utérus en rétroflexion adhérent à une grosse masse annexielle gauche collée aux parois du petit bassin et dans le Douglas. Section des ligaments large et rond du côté droit. Section de l'utérine droite. Décollement des annexes gauches et section des pédicules de haut en bas. Section du col au bistouri. Iodisation. Péritonisation difficile, le péritoine étant très congestionné et friable.

Du côté gauche, le manque de séreuse oblige à terminer le surjet de péritonisation en se servant de l'anse sigmoïde. Péritonisation satisfaisante. Ether.

Dans un deuxième temps, on attire le cæcum. Il s'y accole une membrane de Jackson. L'appendice est long et rouge. Ecrasement. Section au bistouri. Iodisation. Enfouissement au fil de lin. Ether.

Fermeture en trois plans sur un drain n° 9 dans le Douglas. Trois crins doubles extra-péritonéaux.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

B... (H.), employée de magasin.

Diagnostic : Annexite gauche.

Entrée à l'hôpital le 22 août 1929, sur les conseils du Docteur Monnier pour une fausse couche de 5 mois.

Réglée à 12 ans, mal réglée, reste deux à trois mois sans avoir de règles, peu abondantes, durent quatre à cinq jours.

Depuis cinq mois, suppression des règles. Fausse couche; élimination de fœtus et débris placentaires, d'où absence de curettage.

En observation : Très déprimée, souffre des annexes gauches, perd du sang depuis un jour.

Antécédents personnels. — Non mariée. Pas d'autre fausse couche ni d'accouchement. Il y a un an, crise de rhumatisme articulaire aigu. Plus jeune : Phlébite à 3 mois et entérite.

Antécédents héréditaires. — La malade a son père, sa mère, un frère et une sœur, tous bien portants.

Examen le 3 octobre 1929 (Docteur Villar) : Petit utérus antéfléchi, très peu mobile, grosse masse annexielle gauche dure et fixée.

Traitement : 1° Repos. Injections. Glace.

2° La vaccinothérapie est commencée le 27 août.

1^{re} injection le 27 août : 0 cc. 25.

Le 28, température, 38 degrés.

Le 29, température, 37 degrés.

2^e injection le 30, 0 cc. 50. Pas de réaction.

3^e injection le 2 septembre, 0 cc. 75. Pas de réaction.

4^e injection le 6 septembre, 1 cc.

Le 7 : température, 37°8.

5^e injection le 9, 1 cc.

Le 10, température, 39 degrés.

Le 11, température, 37°6.

6^e injection le 12, 1 cc. 75. Pas de réaction.

7^e injection le 15 septembre, 2 cc.

Le 16, température, 39 degrés.

8^e injection le 18, 2 cc. 25. Pas de réaction.

9^e injection le 21 septembre, 3 cc. Pas de réaction.

10^e injection le 26 septembre, 4 cc. Pas de réaction.

Ces injections ont fait tomber la température et suppriment rapidement les douleurs.

Plusieurs examens montrent la diminution progressive de la masse gauche.

Le 28 septembre, apparition des règles qui sont douloureuses et qui viennent mal. Durée trois jours, peu abondantes.

Du 29 septembre au 7 novembre, température normale, pouls normal.

Règles le 22 octobre.

Opération le 8 novembre (opérateur, M. le Professeur Guyot; 1^{er} aide, M. le Docteur Mailhe).

Durée de l'anesthésie : 50 minutes.

Durée de l'opération : 47 minutes.

Opération conservatrice; ablation des annexes gauches; conservation des annexes droites. Appendicectomie.

Dès le ventre ouvert, on aperçoit une masse annexielle gauche très adhérente à l'anse sigmoïde. Protection péritonéale. Du côté droit, trompe malade, adhérent à l'ovaire, oblitérée à son extrémité. Appendice nettement malade.

1^o Appendicectomie simple sans incidents;

2^o Ablation des annexes gauches. Pince-mise au ras de l'utérus. Pédicule utérin sectionné au thermo ainsi que le ligament rond en avant. On décolle les annexes de bas en haut. Masse annexielle retenue à l'intestin par tissu très dur ligneux. Décollement à la compresse et aux ciseaux. Paroi musculaire respectée. Hémostase des pédicules. On enfouit par une ouverture de la séreuse la partie adhérente de l'intestin. On enfouit en bourse les pédicules en se servant de l'anse sigmoïde. On se reporte aux annexes droites et,

après avoir libéré les adhérences, on ouvre l'extrémité de la trompe au thermo : un peu de pus dans la cavité tubaire.

Le 11 novembre, ablation du drain;

Le 18 novembre, ablation du bourrelet.

La malade quitte le service le 30 novembre 1929 après des suites normales.

Examen radiologique le 30 janvier 1930. Après injection de lipiodol, la malade est en très bon état, ne souffre pas du bas-ventre ni des reins, fait beaucoup d'exercice sans aucune fatigue, seulement un peu de douleur, parfois à la défécation et avant ses règles de décembre, qui ont été normales.

A l'examen (Docteur Mahon), on trouve un petit col de nullipare et un petit corps en position intermédiaire, mobile, non douloureux.

Examens de laboratoire : Pus caséeux, jaunâtre.

Examen cytologique : Leucocytes plynucléés et cellules lympho-conjonctives au début de cytolyse.

Examen bactériologique : Absence de microbes à l'examen direct. B. K. = 0.

Ensemencement sur gélose : négatif après vingt-quatre heures d'étuve.

Examen biologique : Infiltration de la paroi de la trompe par des éléments inflammatoires formant çà et là de petits sinus. Ce sont surtout des lymphocytes mêlés et d'une faible proportion de plasmocytes. Pas de cellules géantes.

Au total, inflammation chronique n'offrant pas de caractères cytologiques permettant de porter un diagnostic plus précis.

OBSERVATION XII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

F... (L.), 21 ans, couturière. Entrée à l'hôpital le 19 janvier 1930, salle n° 4.

Diagnostic : Pelvi-péritonite avec pyosalpinx double.

La malade entre dans le service présentant des signes très nets

de péritonite. La maladie a commencé il y a douze jours par des douleurs lancinantes dans tout l'abdomen. Température fébrile (le degré n'a pu nous être précisé).

Contracture abdominale. Arrêt des matières. Vomissements dans la nuit du samedi 18 janvier au dimanche 19.

La malade mise à la diète hydrique a simplement reçu un lavement calmant au laudanum. Son médecin traitant, le Docteur Borde, ne lui fait pas de piqûre de morphine malgré l'intensité des douleurs qui deviennent intolérables.

Dans les antécédents personnels, notons que la malade a toujours eu des règles douloureuses, les premières à 13 ans. Mais la maladie actuelle est entièrement sous la dépendance d'une fausse couche de trois mois.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien.

Le 20 janvier 1930, le Professeur Guyot examinant la malade trouve un col mou, une masse annexielle gauche grosse comme une mandarine, un cul-de-sac droit empâté, un cul-de-sac postérieur peu sensible. On porte le diagnostic de pelvi-péritonite avec pyosalpinx double.

On fait un abcès de fixation.

Trois examens, le 22 janvier, le 29 et le 6 février, font connaître la présence d'un gros plastron occupant toute la fosse iliaque droite et remontant jusqu'à quatre doigts au-dessous de l'ombilic, et s'étendant au delà de la ligne médiane. Ce plastron augmente en surface jusqu'à 6.

Du 20 janvier au 6 février, la température oscille entre 38° 5 et 39° 5.

Le 6 février, on fait une injection d'une ampoule de vaccin de Bruschetti (température, 39° 6), et le lendemain on constate une chute brusque de la température (37° 4) et apyrexie complète pendant quatre jours (une ampoule le 8, une le 10).

Le 12 février, on constate une diminution du plastron d'un bon travers de doigt, la fosse iliaque est libre. L'état général s'améliore (meilleur appétit). Le 13, légère élévation de température qui ne persiste pas.

Injections de vaccin le 13, le 15, le 17, le 19, le 21, le 24, et 10^e piqûre le 27.

Le 7 mars, le Professeur Guyot constate que l'état général s'est amélioré. Quoique pâle et amaigrie, la malade ne souffre plus du ventre (ventre plat).

Au toucher, col en arrière, dans le cul-de-sac antérieur, on trouve une masse dure, volumineuse, se prolongeant sur les deux côtés avec des masses annexielles dures et non douloureuses.

Considérable amélioration à gauche. La masse s'est réduite et n'occupe plus la fosse iliaque.

Les annexes droites sont aujourd'hui plus volumineuses que celles du côté opposé.

L'abcès de fixation à la cuisse gauche se résorbe normalement.

Le 17 mars, et jusqu'au 5 avril, nouvelle série de 10 piqûres de vaccin de Bruschettini, les clochers de température (39 degrés et 39° 6) qui existaient avant la 1^{re} et la 3^e piqûre ne se reproduisent pas.

Le 29 mars, on trouve une masse annexielle gauche fixée, une masse annexielle droite plus mobile.

Le 9 avril, le Professeur Guyot, par le toucher combiné, trouve un utérus en antéflexion, mobile, avec des masses annexielles surtout marquées à gauche, mais qui paraissent légèrement mobilisables. L'infiltration dure et ligneuse qui existait dans le petit bassin a complètement disparu sous l'influence du traitement médical.

L'opération est rendue possible.

L'intervention a lieu le 15 avril 1930. On pratique une hystérectomie subtotale.

On constate de nombreuses adhérences, l'utérus est entouré en arrière de masses kystiques inflammatoires, l'ansé sigmoïde très adhérente aux annexes gauches. Il existe sur la vessie des tissus inflammatoires qui saignent facilement, on termine en mettant un Mikulicz.

Suites opératoires bonnes.

Les mèches sont enlevées le huitième jour, le Mikulicz et les fils de bronze le dixième. La température qui avait oscillé entre 37 de-

grés et 38 degrés reste au-dessous de 37 degrés. La plaie se ferme normalement.

Examen le 21 mai (Professeur Guyot) : ventre tout à fait plat, souple.

Au toucher, on sent un tissu scléreux dans le petit bassin, la plaie est presque complètement cicatrisée. Culs-de-sac libres sans rien de douloureux.

La convalescence se poursuit normalement.

RESULTATS

La vaccinothérapie a donné dans nos observations des résultats identiques à ceux qu'ont remarqué beaucoup d'auteurs. L'action sur les douleurs et la température est manifeste. Au fur et à mesure du traitement, les annexes deviennent de moins en moins sensibles; au toucher, on les sent se rapprocher du volume normal. De ce fait, l'utérus reprend sa mobilité et la malade n'accuse plus cette sensation de pesanteur dans le ventre et les reins qui rend la marche pénible et est cause d'une fatigue rapide. Le col se décongestionne, est moins tuméfié et on peut mobiliser les annexes.

Dans nos deux premières observations, il semble qu'il y ait eu guérison complète, mais nos deux malades n'ont pas été suivies par la suite.

Küss, dans sa thèse, rapporte 12 observations analogues qui, tout d'abord, lui avaient paru favorables à la vaccinothérapie. Mais aucune intervention de contrôle n'avait été pratiquée et depuis cet auteur est revenu sur son opinion.

Il semble plutôt que dans ces cas il y a un danger pour les malades à ne plus souffrir, à ne plus avoir de fièvre, à se croire guéries alors qu'au point de vue physique l'évolution locale des lésions se fait très lentement.

La vaccinothérapie ne doit donc pas supprimer l'opération; elle n'en est que le complément et l'on doit être très réservé sur l'aspect fallacieux de fausse guérison qu'elle peut donner.

En revanche, il semble bien qu'il y ait après vaccinothérapie peu d'accidents de choc post-opératoire. Dans nos 12 observations, nous n'en avons pas enregistré de cas.

Quant à la facilité de l'opération post-vaccinale il convient d'être assez réservé. Sans doute on s'est rarement trouvé en présence d'organes fortement congestionnés, mais que de fois le chirurgien a rencontré de nombreuses adhérences, souvent dues à un tissu cicatriciel de défense, qui n'ont guère facilité sa tâche.

CONCLUSIONS

I. — Il semble que la vaccination pré-opératoire diminue les risques opératoires en préparant les moyens de défense de l'organisme contre l'infection exogène et endogène.

Nous savons fort bien, il est vrai, que le refroidissement des infections abdominales se produit le plus souvent sous l'influence des traitements en usage. D'autre part, il est bien difficile de dire avec quelque précision dans quelle mesure l'évolution des lésions a été influencée par le traitement employé. On peut donc garder l'arrière-pensée que les choses se seraient passées aussi simplement avec les moyens ordinaires.

Mais on ne peut tout de même s'empêcher d'être agréablement surpris par la rapidité de sédation des douleurs, chute de température, amélioration de l'état local sous l'effet du vaccin, rapidité impressionnante comparée à la lenteur d'action et à la longue durée du traitement médical.

Küss a prétendu que la guérison était bien le fait de la vaccination, et non du traitement médical. Il a cité des cas de guérison sans aucun traitement médical sous l'effet du vaccin, Il a même écrit : « La vaccinothérapie est un traitement beaucoup plus actif, plus constant et plus rapide que le traitement médical dans la thérapeutique des annexites. »

Sur ce point, nous pensons comme lui.

II. — Mais nous pensons aussi que jamais la vaccinothérapie ne pourra supprimer l'opération, elle n'en est qu'un complément, utile surtout parce qu'elle évite des phénomènes de choc, moins utile peut-être quand on veut une opération plus facile.

III. — Elle a comme inconvénient certain de nécessiter une semaine d'hospitalisation avant l'opération, mais comme ses dangers de réaction sont minimes, que, d'autre part, elle entraîne un refroidissement plus rapide, elle demeure un procédé sinon excellent, du moins utile par la sécurité plus grande qu'elle apporte en permettant une opération à froid et en évitant peut-être certains accidents d'ordre plus général.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAZY (L.). — L'immunisation préopératoire. *Bull. méd. Soc. nat. de chir.*, Paris, 1925, p. 733.
- La vaccination préopératoire. *Le Progrès médical*, 30 novembre 1925.
- Valeur diagnostique et pronostique de la bactériothérapie dans les infections chirurgicales des viscères abdominaux (appendicite en particulier). *Soc. de chir. de Paris*, 1919, t. I, p. 468.
- Le sérum de Leclainche et Vallée dans la prévention des infections postopératoires. *Soc. de chir. de Paris*, 1917, t. I, p. 824.
- BECKERS. — Le traitement vaccinothérapique des affections gynécologiques. *Bruxelles médical*, 1927, p. 1259.
- Le traitement vaccinothérapique des affections gynécologiques. *Rev. de vulgarisation des Sc. méd.*, mai 1929, p. 5.
- BLANCO ACEVEDO. — Résultats de la pratique systématique de la vaccination préopératoire par les vaccins de Delbet. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1925, p. 567-570.
- La Immunizacion préoperattoria. *Ann. de la Fac. de méd. de Montevideo*, 1925, p. 842-851.
- Sobre la vaccino-cirurgio en el cancer del cuello del utero. *Rev. med. del Uruguay*, oct. 1924.
- Les nouvelles orientations de chirurgie. *Presse médicale*, 11 juill. 1925.
- BRISSET. — Disparition en trois jours d'un volumineux phlegmon du ligament large avec le vaccin de Delbet. *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 1924, p. 699.

- CAUWENBERGHE. — A propos de quelques essais de vaccinothérapie en gynécologie. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1923, p. 396.
- COLANÉRI. — Les pansements vaccinaux en gynécologie. *Journ. de méd. de Paris*, 8 nov. 1928.
- COTTE. — Sur le traitement des annexites par la vaccinothérapie. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1922, p. 111.
- Sur la vaccinothérapie des annexites. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1923, p. 369.
- COTTE et CREYSSSEL. — Contribution à l'étude de la vaccination des annexites. *Lyon chirurgical*, 1922, p. 11.
- DALÉAS. — Quelques observations du traitement des annexites par la vaccinothérapie. Soc. obst. et gynécologique de Toulouse, 11 juill. 1924.
- Annexites et vaccinothérapie. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1926, p. 406.
- Annexites et vaccinothérapie. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, juill. 1926.
- DANIEL et S. GOLDENBERG-BAYLER. — Traitement des inflammations utéro-annexielles par le vaccin de Delbet. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1929, p. 657-678.
- FERRARI. — La vaccinothérapie en gynécologie. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, juin 1930, n° 6, p. 390.
- GARNIER. — Du traitement des infections périutérines aiguës et des salpingites par le tétravaccin antipyogène de l'Institut Pasteur. Thèse de Paris, 1926, n° 369.
- GOLBERG (M^{lle}). — Essai de vaccination préopératoire. Thèse Paris, 1926.
- GUYOT et VILLAR (Jean). — Annexite et vaccinothérapie. *Bull. de la Soc. gyn. de Bordeaux de juillet 1927*, 8 mars 1927.
- JEANNENEY. — Considérations sur les idées directrices de la vaccinothérapie. *Marseille médical*, 1926, p. 826.
- Vaccinothérapie des infections vaginales. Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 24 janv.-1921; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 avril 1921.
- Küss. — La vaccinothérapie des annexites. Thèse Paris, 1920-1921, n° 116.

- LAMARE, LARGET et MOREAU. — Vaccination locale par filtrats avant et pendant les opérations portant sur le vagin. *Bull. méd.*, 16 janv. 1929.
- LANGERON. — Principes généraux et règles pratiques en matière de vaccinothérapie. *Prat. méd. franç.*, Paris, 1924, III, 717-729.
- LAURENCE. — La vaccinothérapie des annexites. Thèse Paris, 1922, 8^e.
- La vaccinothérapie des annexites. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1922, p. 609.
- MER. — De la colpotomie et de la vaccinothérapie dans les salpingites suppurées. Thèse Paris, 1926, n^o 634.
- PIERRA. — La vaccinothérapie en gynécologie. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1929, p. 31.
- Introduction à l'étude de la vaccinothérapie en gynécologie. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 10-25 juin 1923.
- POTOCKI et FISCH. — Remarque sur le mode d'emploi des filtrats microbiens en applications locales. *Gynécologie*, Paris, 1924, p. 541.
- RANQUE et SENEZ. — Vaccinothérapie en chirurgie. *Presse médicale*, 10 janv. 1923, p. 31.
- ROBIOLIS. — Au sujet de la vaccinothérapie en gynécologie. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, Paris, 1923, p. 363.
- SACQUÉPÉE. — Applications en chirurgie des méthodes d'immunisation. *Arch. de méd. et de chir. milit.*, 1919, t. LXXII, p. 6-12.
- SAPPEY. — 32 cas de salpingites traitées par la vaccinothérapie; résultats. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1928, p. 63.

